

## EDITORIAL

# Servicios funcionales de medicina de familia y comunitaria

«A veces estamos demasiado dispuestos a creer que el presente es el único estado posible de las cosas.»

(Marcel Proust)

Es indudable el progreso de la medicina de familia en España en los últimos 20 años, pasando de una situación totalmente periférica a otro escenario en donde su voz y su papel es valorado por el resto de actores sociales. Pero es igualmente cierto que desde los años noventa la atención primaria pasó de una situación floreciente a otra de parálisis y desencanto. Uno de los factores responsables de ello, en nuestra opinión, es la falta de clarificación del perfil del médico de familia, en cuyo currículo cada especialidad hospitalaria «cuelga» su programa de máximos que cree necesario para el médico generalista, dando lugar a un currículo y unas tareas «frankenstein», que no llegan verdaderamente a las áreas conceptuales básicas y diferenciales de la especialidad, sino que se quedan en una superficie descontextualizada de la realidad del profesional de atención primaria.

Aun en este escenario, no es tiempo para el pesimismo o el temor al futuro, sino que debe ser una oportunidad preciosa para el desarrollo de la medicina de familia como originalmente se proponía<sup>1</sup>. En un panorama de iniciativas limitadas, que no suponen verdaderas novedades durante los últimos 20 años, comienza por fin a manifestarse un saludable debate acerca de las unidades docentes de medicina de familia y comunitaria (UD)<sup>2-4</sup>, y en consecuencia sobre la estructura docente y la formación.

Hay que reconocer que, antes de iniciarse este debate, algunas alternativas estructurales verdaderamente nuevas a las tradicionales UD ya se han manifestado e incluso llevado a la práctica en silencio. Una de ellas, pionera en España, es la de la UD de Tenerife Norte<sup>5,6</sup>, en donde ésta adopta en parte la forma de un servicio hospitalario. En este contexto, proponemos que las UD incluyan servicios funcionales hospitalarios y de atención primaria.

Los residentes de medicina de familia y comunitaria (MFyC), que seguirían manteniendo su rotación en el centro de salud el tercer año, en sus dos primeros años harían su rotación en el servicio de MFyC –formado por tutores voluntarios tanto del hospital como de los centros de salud, coordinados por un responsable y apoyados por técnicos y administrativos–, se constituirían en grupos, que dirigidos por un tutor del servicio de MFyC, estarían orientados a la resolución de problemas clínicos. Se completaría el programa de la especialidad, pero de forma «significativa». Es decir, cuando lo requiriese un caso clínico complejo, por ejemplo en un paciente con insuficiencia renal planteado por un adjunto hospitalario de nefrología asociado a la unidad docente, los residentes tendrían que facilitar la visión integral del caso a ese tutor: conocer –mediante entrevistas al paciente, familia, trabajadoras sociales, etc.– el apoyo familiar con que cuenta el paciente con insuficiencia renal en caso de precisar diálisis, consultar al médico de familia sobre el grado de cumplimiento farmacéutico que podría suponerse a su alta del hospital,

conocer la valoración que hace el endocrinólogo de su diabetes asociada, etc. Este sería el valor añadido que ofrecería el residente al hospital –el que le da un papel en los servicios con los que se colabora–. El adjunto hospitalario tendría como contraprestación la interdisciplinariedad, y esa contraprestación permitiría evitar en el residente esa sensación de valor periférico para el servicio y la consecuente repercusión negativa en su autoestima. Así, no habría una rotación específica en traumatología, otra en urología, otra en medicina interna, etc., sino una rotación continua funcional por todos los servicios del hospital y en relación con los tutores del centro de salud, pudiéndose aprender las técnicas hospitalarias, pero desde un marco diferente al actual: desde un marco de atención primaria y con las visiones integradoras de los distintos especialistas hospitalarios.

De este modo, se evitaría la fragmentación del currículo y se favorecería el aprendizaje del residente en función del descubrimiento personal de lo necesario para enfrentarse con un problema y tratar de resolverlo, en un sistema de comunicación recíproco entre tutores de diversas especialidades, incluida medicina de familia<sup>7</sup>. Sería, pues, un aprendizaje centrado en problemas o casos en lugar de centrado en especialidades o servicios hospitalarios.

También se evitaría así el problema actual que supone para el residente «cambiar el chip hospitalario» cuando llega en el tercer año a atención primaria, donde debe reubicar, de una forma costosa y a veces dolorosa, sus actitudes, conocimientos y habilidades.

Desde un principio integraría aprendizajes a partir de la visión específica de su especialidad. El residente iría «como entrelazando mimbres de una cesta» –podría «ir construyendo de forma relevante esta cesta»– de su programa, para sus especificidades como médico de familia. No se aprendería «a pedazos» que luego se unen, sino integradamente desde el comienzo.

A los responsables de las UD correspondería, entre otros, comprobar –evaluar– no tanto la forma de la cesta, sino si cuentan con los mimbres precisos: los créditos necesarios en cada uno de los conocimientos, actitudes y/o habilidades considerados como básicos –que dado este aprendizaje significativo y capacitador, de aprender a aprender, no harían necesario un programa de máximos.

Este modelo podría generar otras ventajas secundarias: posibilitar una forma de aprendizaje interdisciplinario de los médicos hospitalarios, mejorar la relación o comunicación hospital/primaria, posibilitar una estructura que pudiera ser un modelo para el «reciclaje» de los médicos de atención primaria frente al modelo actual en un servicio hospitalario, que está desprestigiado por irrelevante, etc.

La cuestión no es renunciar al hospital en favor de la primaria o viceversa, la cuestión es usar ambos saberes, pero constituyéndolos desde la realidad y el contexto de la atención primaria.

Evidentemente, pueden plantearse dificultades para este nuevo modelo de UD, pero creemos que el actual está agotado y que es necesario llevar a cabo el ensayo con nuevos enfoques, por razones docentes del aprendizaje de la MFyC y por razones de desarrollo específico de herramientas propias. A nuestro juicio, el propuesto aquí merecería una reflexión y un ensayo.

#### Agradecimiento

Al Dr. José Ramón Vázquez Díaz, coordinador de la Unidad Docente de Tenerife Norte, cuyas ideas pioneras nos sugirieron las que aquí se exponen, y cuyos comentarios nos evocaron algunos conceptos expresados en estas líneas.

**B. Pérez Franco<sup>a</sup>  
y J.L. Turabián Fernández<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo. <sup>b</sup>Centro de Salud Polígono Industrial. Toledo. Especialistas de MFyC y directores del Curso a Distancia de Tutorización de semFYC.

#### Bibliografía

1. The STFM Task Force on Training Residents for the Future. Training residents for the future: final draft report. *Fam Med* 1998; 30: 655-664.
2. Martín Zurro A. ¿Deben desaparecer las actuales unidades docentes de medicina de familia y comunitaria? *Aten Primaria* 2000; 26: 1-2.
3. Gómez Gascón T. ¿Deben evolucionar las unidades docentes de familia y comunitaria? *Aten Primaria* 2000; 26: 3-4.
4. Coordinadores de UD de la Comunidad de Madrid. El futuro de la estructura docente de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria* 2001; 27: 525-527.
5. Vázquez-Díaz JR, López Hijazo MA, Díez Salvador F, Marrero Díaz MD, Bellas Beceiro B. S-PICA: Subprograma de Integración y Coordinación Asistencial. En: Libro de Ponencias. XV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. XI Jornadas de Hipatia. Granada, España. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000; 31-32.
6. Vázquez-Díaz JR, López Hijazo MA, Marrero Díaz MD, Aguirre Jaime A, Bellas Beceiro B. Efectos del Subprograma de Integración y Coordinación en la Estancia Hospitalaria. En: Libro de Ponencias. XV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. XI Jornadas de Hipatia. Granada, España. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000; 29-30.
7. Pedraza Muriel V. Formación médica y necesidades sociales. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 658-663.